

## Medisinsk diagnoseskjema for utøvere med fysisk funksjonsnedsettelse

Dette skjemaet skal fylles ut av utøverens personlige lege eller fysioterapeut og tas med på klassifisering.

Avhengig av utøverens helsestatus og funksjonsbegrensning skal medisinsk tilleggsinformasjon legges ved dette skjemaet.

### Utøver informasjon

Etternavn:

Fornavn:

Klubb:

Kjønn: Kvinne Mann Fødselsdato: ...../...../.....

Hvor lenge har utøveren konkurrert på nasjonalt nivå? År.....Måneder....

### Medisinsk informasjon

NB! Listen under viser *eksempler* på medisinske diagnoser og er ikke uttømmende.

Godkjent funksjonsnedsettelse (kryss av)	Medisinsk diagnose relevant for type funksjonsnedsettelse (kryss av eller legg til)	Vedlagte dokumenter for å støtte diagnosen (kryss av eller legg til)
Endring i muskelkraft	Ryggmargsskade Muskel dystrofi Spina Bifida Polio Myelitt Multiple Sclerose Annet_____	Medisinsk rapport ASIA klassifisering Elektromyografi MR/CT RTG Biopsi Annet_____
Leddbevegelighet	Arthrogryposis Leddkontrakturer Traumer Annet_____	Medisinsk rapport RTG Foto/film Annet_____
Ataxi Athetose Hypertoni	Cerebral Parese Traumatisk hjerneskade Multiple Sclerose Slag Annet_____	Medisinsk rapport Modifisert Ashworth Scale Cerebral MR/CT Annet_____
Benlengdeforskjell	Traume Dysmeli Annet_____	Medisinsk rapport RTG Foto/film Annet_____

Deformitet i ekstremiteter	Dysmeli Traumatisk amputasjon Beinkreft Annet; _____	Medisinsk rapport RTG Foto/film Annet _____
----------------------------	---	--

Sykehistorie:

Utøverens tilstand er:	Stabil	Progredierende	Varierende	Permanent
Alder når diagnostisert	(årstall)		Medfødt	
Aktuelle behandlinger				
Forventet forløp				

Medisinsk tilleggsinformasjon:

Beskrivelse av utøverens medisinske diagnose og den funksjonelle begrensningen denne diagnosen har resultert i forhold til klatring

Medisinbruk:

Vedlegg:

Legg gjerne ved rapporter på tilleggs testing utført av lege, fysioterapeut eller annet helsepersonell som kan utdype den medisinske informasjonen.

Paraklatring sin klassifisør kan ved behov be om tilleggsinformasjon avhengig av utøverens helsetilstand og funksjonsnedsettelse.

Utøveren og den som fyller ut dette skjemaet er anbefalt å sette seg inn i paraklatrings klassifiseringsregelverk og «godkjente funksjonsnedsettelser»

Jeg bekrefter at informasjonen over er korrekt: *(NB: lege/fysioterapeut skal signere her)*

Navn:

Yrke:

Adresse:

Telefon:

Signatur:

Stempel